*Генеральному директору  
Общества с ограниченной ответственностью «Три-З»  
(сокращенное наименование – ООО «Три-З»)  
(ИНН 2308092939/ОГРН 1032304158193)  
Лауниц Надежде Михайловне*

от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
*(Фамилия)*  
  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
*(Имя)*  
  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
*(Отчество)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
*(Дата рождения)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
*(Серия, номер паспорта)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
*(Кем выдан)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г./КП\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
*(Дата выдачи/КП)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
*(Контактная информация)*  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
*(ИНН)*

**ЗАЯВЛЕНИЕ  
на выдачу Справки об оплате медицинских услуг   
для представления в налоговый орган**

1. Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(фамилия, имя, отчество Заявителя-налогоплательщика полностью)*

прошу выдать мне **«Справку об оплате медицинских услуг для представления в налоговый орган»** для получения налогового вычета по оплаченным мной медицинским услугам, оказанным ООО «Три-З» в 20\_\_\_\_г. следующему физическому лицу *(выбрать верный вариант)*:

* супругу/супруге;
* родителю (мать/отец);
* ребенку (в том числе усыновленному) в возрасте до 18 лет;
* ребенку (до 24 лет, если ребенок (в том числе усыновленный) является обучающимся по очной форме обучения в организациях, осуществляющих образовательную деятельность);
* подопечному в возрасте до 18 лет.

Данные о физическом лице, которому оказаны медицинские услуги *(заполнить полностью)*:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
*(Фамилия)*  
  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
*(Имя)*  
  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
*(Отчество)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
*(Дата рождения)*  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
*(Серия, номер паспорта (до 14 лет свидетельства о рождении))*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
*(Кем выдан)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г./КП\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
*(Дата выдачи/КП)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 *(Контактная информация)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
*(ИНН)*

1. Подписью настоящего Заявления Заявителем-налогоплательщиком подтверждается согласие на обработку и передачу ООО «Три-З» (ИНН 2308092939) своих персональных данных в Федеральную налоговую службу Российский федерации (ФНС РФ) и ее территориальные подразделения в целях содействия исполнению моего поручения.
2. Подписью настоящего Заявления лицо, которому оказаны медицинские услуги, подтверждает согласие на обработку и передачу ООО «Три-З» (ИНН 2308092939) своих персональных данных, а также сведений о факте своего обращения за получением медицинской помощи в Федеральную налоговую службу Российский федерации (ФНС РФ) и ее территориальные подразделения в целях содействия исполнению поручения Заявителя.

**Заявитель-налогоплательщик**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** *(фамилия, имя, отчество) (подпись)*

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_г.  *(дата подачи Заявления)*

**Лицо, которому оказаны медицинские услуги  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  *(фамилия, имя, отчество ) (подпись)*

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_г. *(дата подписания Заявления)*